



TITLE:

腹壁に膿瘍を形成した尿膜管開存症の1例

AUTHOR(S):

高村, 知諭; 池上, 雅久; 韓, 栄新; 川村, 正喜; 井口, 正典; 栗田, 孝

CITATION:

高村, 知諭 ...[et al]. 腹壁に膿瘍を形成した尿膜管開存症の1例. 泌尿器科紀要 1991, 37(1): 87-90

ISSUE DATE:

1991-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/117081>

RIGHT:

腹壁に膿瘍を形成した尿膜管開存症の1例

宝生会 PL 病院 (部長 : 川村正喜)

高村 知諭, 池上 雅久, 韓 栄新, 川村 正喜

近畿大学医学部泌尿器科学教室 (主任 : 栗田 孝教授)

井口 正典, 栗田 孝

PATENT URACHUS ASSOCIATED WITH ABDOMINAL ABSCESS: REPORT OF A CASE

Chisato Takamura, Masahisa Ikegami, Young-Shin Han
and Masaki Kawamura

From the Department of Urology, PL Hospital

Masanori Iguchi, and Takashi Kurita

From the Department of Urology, Kinki University School of Medicine

A case of the patent urachus associated with abdominal abscess was reported. A 44-year-old woman was consulted to our clinic with the complaints of bladder irritability and discharge from the navel on October 27, 1987. A fist-sized tumor around the umbilicus was pointed out and the fistelography from the umbilicus demonstrated that the contrast medium reached to the urinary bladder. The cystoscopy showed the protruded lesion on the dome of the bladder.

The pre-operative diagnosis was patent urachus. She received resection of the urachus on November 11, 1987. The pathological finding was pyogenic granuloma of the urachus due to chronic inflammation.

(Acta Urol. Jpn. 37: 87-90, 1991)

Key words: Patent urachus, Abdominal abscess

緒 言

先天性尿膜管異常症は、稀な尿路奇形のひとつであるが、今回当院において腹壁に膿瘍を形成した尿膜管開存症の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者 : K.N. 44歳, 女性

主訴 : 臍下部腫瘍, 臍からの膿汁排出

既往歴 : 13歳時, 肺結核

家族歴 : 特記すべきことなし

現病歴 : 1987年10月13日から排尿時痛, 頻尿等の膀胱炎様症状出現し, 市販薬服用にて症状の軽快を見た。しかし, この頃より臍下の手拳大の腫瘍および臍からの膿汁排出に気づき近医を受診したところ, 婦人科的精査を勧められ, 同年10月19日当院婦人科を受診した。婦人科にて腹壁膿瘍として保存的療法を施行さ

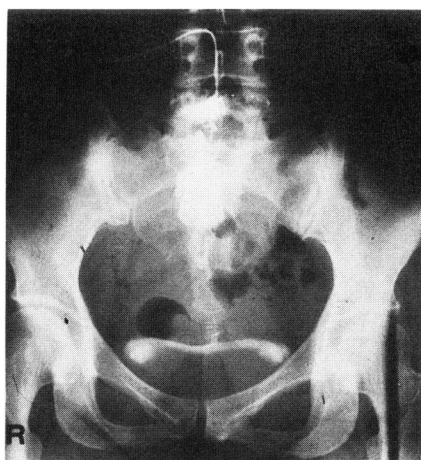
れていたが, 臍部から膿汁を吸引した際に膀胱に牽引痛を認めたために, 臍より瘻孔造影を行ったところ, 膀胱への造影剤の到達が認められた。このため同年10月27日当科へ紹介され, 精査目的で10月29日入院となった。

入院時現症 : 臍下部に表面平坦手拳大の腫瘍を触知するも圧痛, 波動等の存在はなかった。臍部からは黄色の膿汁の排出を認めた。

入院時検査成績 : 末梢血一般, 血液生化学所見には特に異常を認めず。尿所見 : 黄色透明, pH 6.5, 蛋白 (-), 糖 (-), 潜血 (-), RBC 2~3/hpf, WBC 30~40/hpf。尿培養 : 陰性, 尿細胞診 : class I~II。臍部分泌物検査 : 細菌培養 : Enterococcus sp. (±), 細胞診 : class I。

X線学的検査 : DIP では, 上部尿路に異常を認めないものの膀胱に軽度変形をみた。

膀胱二重造影斜位像では, 膀胱頂部は臍の方向へ牽引されていた。臍からの瘻孔造影では, 造影剤は膀胱



A



B

Fig. 1-A. (above) Fistulography from the umbilicus demonstrate that the contrast medium reached to the bladder.

1-B. (below) The cystoscopic examination showed the protruded lesion on the dome of the bladder.

へ到達していた (Fig. 1A). 膀胱鏡検査では、膀胱頂部付近に黄白色の膿を排出する小さな隆起性病変を認めた (Fig. 1B). 同部の punch biopsy を施行したところ組織学的には mild chronic cystitis であった。

腹部超音波断層検査では、臍下から膀胱にかけ $2.5 \times 3.5 \times 10.0$ cm 大の腫瘤性病変を認めた。

腹部 CT スキャンでは、腹直筋下の腫瘤を認め、腫瘤から膀胱までの連続性が観察された (Fig. 2).

経尿道膀胱超音波断層検査では、膀胱内から腹壁にかけて一本の索状物の存在が認められた (Fig. 3).

以上の所見より、膿瘍を形成した尿管管開存症と診

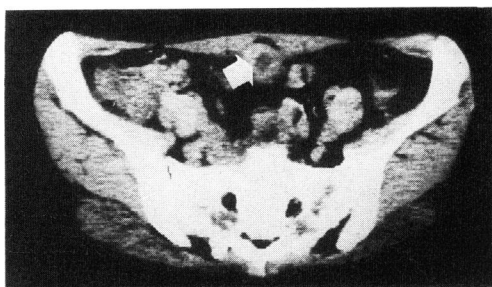


Fig. 2. CT scan showed a tumor under the musculus rectus abdominis. (arrow)



Fig. 3. Transurethral bladder ultrasonotomography showed a restiform line towards umbilicus.

断し1987年11月11日手術を施行した。

術中所見：全身麻酔下に下腹部正中切開を加え腹直筋に達したところ、腹直筋右葉に膿瘍を認め、これは周囲組織と強く癒着しており剥離中に黄白色の膿汁の流出を認めた。腹直筋後鞘は尿管管遺残組織と思われる索状物さらに腹膜、大網とも癒着を認め、膀胱頂部へと連続していた。索状物、腹直筋、腹膜、大網の一部を周囲組織より遊離し、これと連続して膀胱部分切除術を加え一塊として摘出した。術中に組織の一部を迅速病理に提出したところ悪性所見は認めなかったため臍の摘出は行わず、その直下までの切除にとどめた。

摘出標本肉眼的所見： $3.5 \times 4.0 \times 7.0$ cm の嚢状で剖面は炎症によると思われる黄白色の肥厚があった (Fig. 4A)。

病理組織学的所見：組織は壊死に陥って、異物巨細胞を伴った好中球の浸潤と滲出液の分泌をみ、pyogenic granuloma の像を呈していた (Fig. 4B)。

術後経過：術後経過は良好で、術後約15日目に退院し現在外来で経過観察中である。

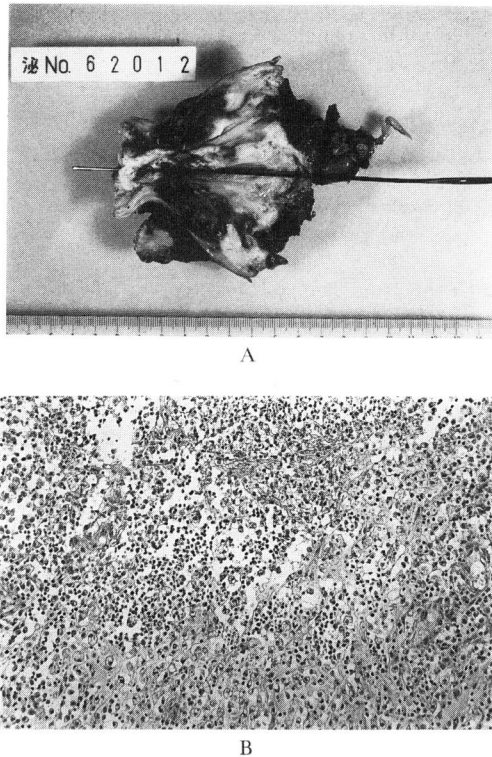


Fig. 4-A. (above) Gross view of the resected urachus.
4-B. (below) Microscopic appearance from the pyogenic granuloma of the urachus due to chronic inflammation.

考 察

尿膜管開存症は尿膜管異常症の一形態として分類されており、この分類は Blichert-Toft¹⁾ によると 1) congenital patent urachus, 2) umbilical urachal sinus, 3) vesicourachal sinus, 4) urachal cyst, 5) the alternating sinus, あるいは辻²⁾ によると、1) 尿膜管無形成(欠損症)および形成不全症, 2) 尿膜管降下不全症, 3) 尿膜管性膀胱憩室, 4) 尿膜管嚢胞, 5) 尿膜管・臍瘻と分類されている。しかし上述の分類に当てはまらない症例も存在するはずで、先天性尿膜管異常症の分類は実際には困難である。これは解剖学的な尿膜管の閉塞の部位により分類がなされており、臨床上是この閉塞の部位を正確に指摘できないためである。ただし本症例では経尿道膀胱超音波断層検査と、腹部 CT スキャンの組み合わせで術前より膀胱から臍へ連続する病変を描出することができ、分類の上で有用な検査手段となることが示唆された。

分類のみならず疫学面でも不明の点が多く、成書にもその発生頻度は明らかにされていないが、Buck-span³⁾ によると20万人の入院中の3例(0.0015%)ともいわれている。性差も報告者により異なるが、男性は女性の約3倍から5倍、発生率が高いといわれている^{4,5)}。先天性尿膜管異常症の発生機序についても、膀胱起源説、尿膜(allantois)起源説などがあり、まだまだ不明の点の多い疾患であることに疑いはない。

合併奇形を報告する論文も散見されるが^{6,7)}、自験例では合併奇形は存在せず、このことが本症例の年齢になるまで無症状に経過し発見されなかった原因であろう。

小児において原因不明の腹痛を初発症状とした症例も報告されているが⁴⁾、臍からの尿の漏出、臍の形態異常のみられない例では尿膜管異常症の典型的な症状は乏しく、自験例も感染を契機に発見されており、合併症等で発見されなければ放置されている例はかなりあるものと考えられる。

鑑別診断としては、やはり尿膜管腫瘍を念頭に置く必要があろう。Sheldon⁸⁾ らによると、尿膜管腫瘍の68%は、41歳から71歳までにあるといい、自験例もその下限にあった。膀胱鏡検査にて、頂部に所見の見られた場合には、特に中高齢者において尿膜管腫瘍を考え精査を進めるべきであり、自験例においても術中迅速病理所見を得るまでは尿膜管腫瘍を否定しえなかった。

尿膜管異常症の治療として圧迫、結紮、焼灼等の保存的療法も報告されているが、Begg⁹⁾ らによると、正常の尿膜管はいったん閉塞すると再び開くことはないが、尿膜管異常症の尿膜管は圧により一度は閉鎖していたものも再び開放されると述べている。またまれに感染性尿膜管嚢胞破裂による汎発性腹膜炎や尿膜管の悪性化があることも考慮すると、尿膜管異常症の治療は自験例のように根治的に尿膜管の切除術を行う必要があると考えられる。

結 語

感染を契機に発見された44歳女性の尿膜管異常症の一例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

なお本論文の要旨は、第123回日本泌尿器科学会関西地方会(神戸)において発表した。

文 献

- 1) Blichert-Toft M and Nielsen OV: Congeni-

- tal patent urachus and acquired variants, diagnosis and treatment; review of the literature and report of five cases. *Acta Chir Scand* **137**: 807-814, 1971
- 2) 辻 一郎: 小児泌尿器科の臨床. 第2版, pp. 55-56, 金原出版, 東京, 1976
 - 3) Buckspan MB: Patent urachus and infected urachal cyst in an adult: a case report. *Can J Surg* **27**: 496-497, 1984
 - 4) 柳野正人, 七野滋彦, 佐藤太一郎, ほか: 尿膜管疾患の2例—特に尿膜管臍瘻について—. *臨泌* **35**: 789-793, 1981
 - 5) 福岡 洋, 寺島和光: 先天性膀胱臍尿瘻の2例. *臨泌* **28**: 67-75, 1974
 - 6) Rich RH, Hardy BE and Filler RM: Surgery for anomalies of the urachus. *J Pediatr Surg* **18**: 370-372, 1983
 - 7) Lane V: Congenital patent urachus associated with complete (hypospadiac) duplication of the urethra and solitary crossed renal ectopia. *J Urol* **127**: 990-991, 1982
 - 8) Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R, et al.: Malignant urachal lesions. *J Urol* **131**: 1-8, 1984
 - 9) Begg RC: The urachus and umbilical fistulae. *Surg Gynecol Obstet* **45**: 165, 1927

(Received on February 8, 1990)
(Accepted on April 13, 1990)